

ANÁLISE DA EFICÁCIA DOS MEIOS DE PREVENÇÃO E COMBATE A FRAUDES EM SEGUROS ADOTADOS NO BRASIL DE 2006 A 2017*

ANALYSIS OF THE EFFECTIVENESS OF TACTICS FOR PREVENTION AND COMBATING FRAUDS IN INSURANCES ADOPTED IN BRAZIL FROM 2006 TO 2017

Lúcia Regina Mentz Hendler**
Prof. Me. José Antônio Lumertz (Orientador)***

RESUMO

As fraudes em seguros trazem danos econômicos não só para as entidades seguradoras, como, também, para os segurados em geral, uma vez que o custo associado a essas práticas delitivas é repassado aos participantes do mercado segurador em virtude do princípio do mutualismo. Desse modo, foi necessário desenvolver políticas para prevenir e combater as fraudes nesse mercado. No Brasil, a Circular SUSEP nº 344, de 21 de junho de 2007, dispõe, em linhas gerais, sobre os controles internos específicos para a prevenção contra fraudes que devem ser adotados pelas sociedades seguradoras e de capitalização e as entidades abertas de previdência complementar. Mas, em que medida, esse controle interno, instituído pelas seguradoras, tem auxiliado a minimizar a problemática da fraude em seguros no Brasil? Assim, este estudo propôs-se a avaliar a eficácia dos métodos adotados para prevenir e combater fraudes, usando informações disponíveis nos *sites* das entidades seguradoras e dados estatísticos, extraídos do Sistema de Quantificação de Fraudes, através de uma análise qualitativa, exploratória e documental. Ao final, verificou-se que, apesar desse controle interno, os métodos adotados não têm sido, efetivamente, eficazes, pois os indicadores de fraude têm aumentado. Logo, percebe-se que as políticas de prevenção e combate a fraudes em seguros adotadas pelo mercado securitário brasileiro estão aquém do necessário, e pesquisas visando a avaliar o desempenho do segmento contribuem para a evolução dos sistemas de controle, através da indicação pontos fortes e fracos, além de, invariavelmente, propor melhorias que visem à qualificação na qualidade da regulação dos sinistros.

Palavras-chave: Fraude. Seguro. Prevenção. Combate.

ABSTRACT

Insurance fraud brings economic damage not only to insurers, but also to policyholders in general, as the cost associated with these criminal practices is passed on to insurance market participants by virtue of the principle of mutualism. It was therefore necessary to develop policies to prevent and combat fraud in that market. In Brazil, SUSEP Circular No. 344, dated June 21, 2007, outlines, in general lines, the specific internal controls for fraud prevention that should be adopted by insurance and capitalization companies and the open supplementary pension entities. But to what extent has this internal control, instituted by insurers, helped to

* Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado no segundo semestre de 2018 ao Departamento de Ciências Contábeis e Atuariais da Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Ciências Atuarias.

** Acadêmica do Curso de Ciências Atuariais da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (luciahendler@gmail.com).

*** Mestre em Economia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Professor do Departamento de Ciências Contábeis e Atuariais da UFRGS (jlumertz@terra.com.br).

minimize the problem of insurance fraud in Brazil? Thus, this study aimed to evaluate the effectiveness of the methods adopted to prevent and combat fraud, using information available on the websites of insurance companies and statistical data, extracted from the Fraud Quantification System, through a qualitative, exploratory and documentary analysis. In the end, it was verified that, despite this internal control, the methods adopted have not been effective, since the indicators of fraud have increased. Therefore, the policies for preventing and combating insurance fraud adopted by the Brazilian insurance market are below that required, and research aimed at evaluating the performance of the segment contributes to the evolution of control systems, through the indication of strengths and weaknesses. weaknesses, and invariably propose improvements aimed at qualifying the quality of claims regulation.

Keywords: Fraud. Insurance. Prevention. Combat.

1 INTRODUÇÃO

A fraude está relacionada com o engano, com a burla, com a ação propositada de manter outrem em erro para obtenção de vantagem indevida. Ela está presente nas mais diversas situações e, conforme pesquisa realizada pela PwC (2018), “metade das organizações globais diz ter sido vítima de fraudes e de crimes econômicos ao longo dos últimos dois anos”.

A situação do mercado segurador não é diferente. O expressivo valor de prêmios pagos em decorrência de sinistros com suspeitas de fraude em seguros tem aumentado ano a ano. Segundo dados consolidados pela Confederação Nacional das Empresas de Seguros Gerais, Previdência Privada e Vida, Saúde Suplementar e Capitalização (CNseg), há suspeita de fraude em 15,69% dos prêmios pagos em 2017. Esse percentual corresponde a 32,96 bilhões de reais, o que encarece os prêmios para todos os segurados. Montesani e Santos (2011, p. 10) afirmam que “o pagamento de sinistros indevidos entra nos valores estatísticos das seguradoras e é repassado para a conta do segurado, com um aumento nos custos de prêmio e franquia”.

Esse compartilhamento de custos é possível devido ao princípio do mutualismo, que consiste na divisão das perdas entre os segurados (FARIA, 2018). Conforme Shih (2002, p. 13), “o alicerce do seguro é o mutualismo, que pressupõe a contribuição de várias pessoas para a formação de um fundo comum, onde este é que suportará o pagamento dos sinistros”.

Vale ressaltar, ainda, que o contrato de seguros é regido, consoante disposição expressa no Código Civil Brasileiro, pelo princípio da boa-fé. O artigo 765 do referido diploma legal assevera que as partes devem observar, na conclusão e na execução desse tipo de contrato, a “a mais estrita boa-fé e veracidade, tanto a respeito do objeto como das circunstâncias e declarações a ele concernentes” (BRASIL, 2002). Assim, condutas que se oponham à boa-fé, como a fraude, por exemplo, viciam o contrato.

Quanto à fraude, ela pode assumir diversas formas, e é definida por Silva (2004¹, p. 637 *apud* MONTES *et al.*, 2016, p. 47) como “engano malicioso ou a ação astuciosa, promovidos de má-fé, para ocultação da verdade ou fuga ao cumprimento do dever”. A fraude em seguro caracteriza-se como crime, conforme disposto no inciso V do artigo 171 do Código Penal Brasileiro, consistente nas ações de destruir, ocultar, lesar ou agravar consequências de lesão ou doença com fim específico de receber uma indenização indevida ou maior do que a realmente devida (BRASIL, 1940), sendo um tipo específico de estelionato, punível com pena de reclusão e multa. Assim, a fraude em seguros é bastante lesiva ao mercado segurador, tratando-se de conduta delitativa contra a própria economia popular (MONTES *et al.*, 2016),

¹ SILVA, P. *Vocabulário jurídico*. Rio de Janeiro: Forense, 2004.

muito embora tal comportamento não esteja elencado expressamente na Lei nº 1.521, de 26 de dezembro de 1951, que define os crimes dessa natureza.

A fim de combater esse tipo de conduta, além do disposto na esfera penal, a Superintendência de Seguros Privados - SUSEP editou a Circular nº 344, de 21 de junho de 2007, para dispor sobre os controles internos específicos para a prevenção contra fraudes que devem ser adotados pelas sociedades seguradoras e de capitalização e as entidades abertas de previdência complementar (SUSEP, 2007). Como requisitos mínimos para esse controle interno, a SUSEP indicou o estabelecimento de uma política de prevenção, detecção e correção de fraudes, a elaboração de critérios e implementação de procedimentos de identificação de riscos de fraude, a manualização e implementação dos procedimentos de prevenção, monitoração e identificação de fraudes, a extensão dos procedimentos de prevenção, monitoração e identificação de fraudes a pessoas com as quais mantenham relacionamento comercial, a elaboração e execução de programa de treinamento contra fraudes e a elaboração e execução de programa de auditoria interna.

Mas, em que medida, esse controle interno, instituído pelas seguradoras, tem auxiliado a minimizar a problemática da fraude em seguros no Brasil? Assim, este estudo se propôs a avaliar a eficácia dos métodos adotados para prevenir e combater fraudes no período entre 2006 e 2017, usando informações disponíveis nos *sites* das entidades seguradoras e dados estatísticos, extraídos do Sistema de Quantificação de Fraudes (SQF) e divulgados pela CNseg.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Nesta seção é apresentado o conceito de fraude aplicado ao mercado de seguros, bem como os tipos recorrentes de fraudes, a problemática da tolerância social a fraudes contra o segmento e o baixo índice de punição ao fraudador, a obrigatoriedade de implementação meios de prevenção e combate a esses desvios de conduta, além de ser abordados estudos acerca do assunto.

2.1 CONCEITO DE FRAUDE APLICADO A SEGUROS E TIPOLOGIAS EXISTENTES

Consoante o artigo 21 do Código de Ética do Mercado de Seguros, Previdência Complementar, Saúde Suplementar e Capitalização (CNseg, 2006), fraude é “qualquer ato intencional destinado ao recebimento de indenização ou benefício a que de outro modo não se teria direito, praticado na contratação ou no curso do evento previsto no contrato, e mesmo após sua ocorrência”.

Montes *et al.* (2016, p. 47) definem fraude como “todo e qualquer ato de se abusar da confiança de outrem”. Ela

é um fenômeno que existe entre os seres humanos desde os mais antigos tempos, colocando-se como um traço de personalidade egoísta e ganância de determinadas pessoas que visam levar alguma forma de vantagem por meios escusos em detrimento de outra ou de outras pessoas. Trata-se de uma atitude velada, ou seja, silenciosa, sem a presença de qualquer ato de violência física contra a pessoa fraudada, mas sim, acaba por atingir-lhe o patrimônio e também sua psique, uma vez que a pessoa, ao ser enganada pela fraude sente-se psicologicamente lesada (MONTES *et al.*, 2016, p. 47).

Os autores destacam, ainda, que não é lícito, em uma relação contratual, que uma das partes tenha uma conduta abusiva, pois essa atitude afeta o equilíbrio contratual e a distribuição dos riscos e encargos (MONTES *et al.*, 2016).

Consoante Neves (2017, p. 32), fraude “remete o uso ou ideia de qualquer meio ou instrumento (artifício) malicioso para enganar a vontade da lei, prejudicando ou não os interesses de terceiros”.

Contador (2011, p. 90) afirma que

toda e qualquer fraude é baseada na mentira ou no não reconhecimento da verdade, com o objetivo de ganho financeiro. Ao contrário do roubo e da lavagem de dinheiro, a fraude está baseada num contrato ou acordo de boa-fé, em que uma das partes, ou mesmo uma terceira parte, forja ou rejeita eventos para extrair vantagens financeiras de outra parte. Como a maioria das fraudes não é acompanhada por violência – muitas vezes nem existe contato físico entre o fraudador e o fraudado –, a sua ocorrência tende a ser romantizada, e os vilões, vistos como espertalhões, peritos no “jeitinho” para um ganho adicional. Muitas vezes, a parte que termina sendo prejudicada sabe que está participando de uma operação com benefícios financeiros anormais ou de um ato ilegal. Por isso e por vergonha, muitas fraudes não são denunciadas. Quando praticada pelo segurado ou seu representante, a fraude corresponde a um risco moral não garantido pelo segurador.

Já Marques (2006, p. 9) menciona que

a fraude se destaca por sua frequência nos contratos de seguros, facilitados pelas circunstâncias muitas vezes imprecisas que rodeiam o acontecimento de um sinistro, como naquelas que possibilitam a determinação do montante dos danos efetivamente sofridos, como nos seguros de furto e também nos seguros de incêndio, sem esquecer que existe um acobertamento de circunstâncias na conjugação de interesses na verificação dos danos sofridos por um automóvel em uma colisão.

Ainda, em relação ao conceito de fraude em seguros, Ramos (2003², p. 282 *apud* PURIN, 2008, p. 63) define fraude a seguros como

o complexo de ações com o objetivo de recebimento de uma indenização indevida. São exemplos dessa prática vergonhosa a causação do sinistro, o exagero na reclamação e a caracterização errônea do sinistro [...] Além dos prejuízos à operacionalidade do seguro, a fraude é antônimo da boa-fé, imprescindível para a formação dessa espécie de contrato.

O Quadro 1 apresenta mais algumas definições de fraude aplicadas ao mercado de seguros.

Quadro 1 – Definições de fraudes

Definição de fraude em Seguros	
A fraude é o contrário da boa-fé. Ela inviabiliza o seguro, porque altera a relação de proporcionalidade que deve existir entre o risco e a mutualidade, rompendo o equilíbrio econômico do contrato.	Sérgio Cavallieri Filho • Programa de Responsabilidade Civil • 7 ^a Edição 2007
Tentativa deliberada de um segurado de requisitar o pagamento de sinistro (total ou parcial) sem que as ocorrências previstas na apólice para tal requisição tenham acontecido.	M. Martin Boyer, Universidade de Montreal – Canadá
Fraude é enganar a seguradora para obter ganho financeiro ou contratar apólice de seguros.	Association of British Insurers (ABI) – UK
Qualquer representação falsa feita por uma pessoa requisitando pagamento de sinistro ou subscrevendo uma apólice.	New Hampshire Department of Justice – USA
Fraude é qualquer ato enganoso deliberado perpetrado contra ou pela companhia seguradora, corretor, prestador de serviço ou segurado com o	Insurance Fraud Inc. – USA

² RAMOS, T. M. Aspectos processuais da fraude no seguro. In: CONGRESSO IBERO LATINO AMERICANO DE DIRETO DE SEGUROS, 8., abr/maio 2003. *Anais...* Rio de Janeiro: AIDA, 2003.

Definição de fraude em Seguros	
propósito de obter ganho financeiro não garantido. A fraude ocorre durante o processo de contratação e utilização do seguro.	
Qualquer conjunto de artifícios com o fim de receber uma indenização a que de outro modo não se teria direito, independentemente da maneira como tal efetivamente se apresente.	Machado, Meyer, Sendacze e Opice Advogados

Fonte: adaptado de CNseg³.

De uma maneira geral, os autores classificam as fraudes em função dos agentes envolvidos, do modo ou intenção do agente e do momento de execução ou etapa do processo. Quanto à primeira classificação, a fraude pode ser praticada por agentes internos, pertencentes ao quadro de funcionários da seguradora, ou por agentes externos, como segurados, beneficiários, prestadores de serviço, corretores (CAIXA SEGURADORA, 2015).

Quanto à segunda classificação, as fraudes podem ser premeditadas ou oportunistas. O Quadro 2 apresenta características típicas dessas fraudes.

Quadro 2 – Exemplos de fraudes classificadas quanto ao modo de execução

Fraude Oportunista (*Abuso)	Fraude Premeditada
Contratação Preenchimento de informações incorretas nos formulários de contratação de seguros.	Contratação Preenchimento de informações incorretas nos formulários de contratação de seguros tendo como objetivo a utilização da cobertura e redução dos prêmios.
Sinistro Obtenção de vantagem/uso exagerado do contrato de seguros a partir da ocorrência de um sinistro Frequência maior mas valores envolvidos são menores.	Sinistro Premeditação de ação com objetivo de obter vantagem de contrato de seguros a partir de ocorrência inexistente ou planejada de um sinistro Frequência menor mas valores envolvidos são maiores.

***Mais importante do que a classificação exata dos casos é a abrangência do conceito — o abuso também deve estar considerado nas estimativas de fraude**

Fonte: CNseg⁴.

Consoante cartilha de prevenção à fraude elaborada pela Caixa Seguradora (2015, p. 6), a fraude oportunista “ocorre quando sinistros são deliberadamente ‘exagerados’ ou falsificados, a partir de uma ocorrência legítima”.

Do mesmo modo, Nóbrega e Clementino (2006) afirmam que esse tipo de fraude é motivado a partir da ocorrência do sinistro, sem que tenha havido premeditação ou qualquer ato intencional na assinatura da apólice.

Castiglione (2003⁵, *apud* NÓBREGA; CLEMENTINO, 2006, p. 88) assevera que as fraudes oportunistas ocorrem “em função de esperteza momentânea, ou seja, são ocasionais. Entretanto acabam por assumir valores expressivos em função da alta frequência que ocorrem. De uma forma geral não possuem grande complexidade e, normalmente, são de fácil identificação”.

Já a fraude premeditada “ocorre na contratação de produtos com intenção deliberada de cometer fraude” (CAIXA SEGURADORA, 2015). Segundo Nóbrega e Clementino (2006, p. 88), nesse tipo de fraude, “existe a premeditação e a intenção de fraudar a seguradora. São fraudes planejadas e normalmente executadas por mais de uma pessoa. Estas são, na maioria das vezes, relacionadas ao crime organizado”.

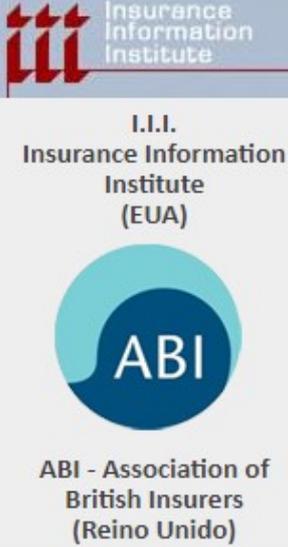
³ CNseg. **Conceitos.**

⁴ CNseg. **Conceitos.**

⁵ CASTIGLIONE, L. R. **Mercado segurador brasileiro: vamos brincar dede combater a fraude?** 2003.

O Quadro 3 apresenta a classificação convergente feita pelo Insurance Information Institute (III) e pela Association of British Insurers (ABI).

Quadro 3 – Classificação convergente entre III e ABI

 <p>I.I.I. Insurance Information Institute (EUA)</p> <p>ABI ABI - Association of British Insurers (Reino Unido)</p>	Fraude hard	Fraude soft
	Tentativa deliberada de encenar ou inventar um acidente, acidente pessoal, roubo, incêndio ou outro tipo de perda que deveria estar coberto por uma apólice de seguros.	Ocorre quando um segurado ou terceiro que realiza aviso de sinistro “exagera” um sinistro legítimo.
	Fraude premeditada	Fraude oportunista
	Contratação de apólices de seguros com intenção deliberada de cometer fraude.	Ocorre quando sinistros são deliberadamente “exagerados” ou falsificados a partir de uma ocorrência legítima.

Fonte: KEARNEY *apud* CNseg⁶.

Em relação à classificação apresentada no Quadro 3, Faria (2018, p.13) destaca que a “fraude grave é menos frequente que a leve, mas envolve valores muito maiores”.

Quanto ao momento de execução, a fraude pode acontecer na contratação do seguro ou na ocorrência do sinistro. Conforme cartilha elaborada pelo Banestes Seguros (2005, p. 8), as fraudes de contratação “ocorrem através de declarações inexatas na proposta do seguro, que nem sempre podem ser detectadas na aceitação do risco e que, geralmente, são detectadas por ocasião do sinistro”.

Há, também, as fraudes que ocorrem no momento do sinistro. Consoante cartilha supracitada, esse tipo de fraude é o que “se tira algum proveito, que pode ser o agravamento de prejuízo, inversão de responsabilidade, troca de condutor e outros” (BANESTES SEGUROS, 2005, p. 8).

Por fim, para a Europe Insurance (2013), a fraude atinge todos os tipos de seguros, abrangendo condutas como prestação de informações falsas ou incompletas, apresentação de reclamação de sinistro baseada em circunstâncias falsas ou exageradas e ação enganosa na contratação de seguro com a intenção de obter um benefício futuro indevido. Além disso, a instituição alerta que as fraudes em seguros podem ser usadas para financiar e facilitar outras atividades criminosas, conforme sugerem estudos feitos pelas seguradoras dos países membros da Europe Insurance (2013).

No Brasil, os crimes de lavagem de dinheiro e a prevenção da utilização do sistema financeiro para esses tipos de ilícitos ocorreu com a edição da Lei nº 9.613, de 3 de março de 1998. Na sequência, a Circular SUSEP nº 445, de 2 julho de 2012, dispôs sobre controles internos específicos para a prevenção e combate desses crimes, sobre o acompanhamento das operações realizadas por pessoas politicamente expostas (PPEs), além de tratar sobre a prevenção e coibição do financiamento ao terrorismo.

⁶ CNseg. **Conceitos.**

2.2 TOLERÂNCIA A FRAUDES EM SEGUROS E IMPUNIDADE CERTA

Um grande problema associado ao combate à fraude em seguros é a tolerância social existente quanto a essa prática delitativa. Conforme Faria (2018, p. 14),

infelizmente, muitos segurados não têm a devida noção da gravidade desses fatos [prejuízos decorrentes das fraudes]. Em sua luta contra a fraude, as companhias seguradoras têm sido prejudicadas por atitudes do público que, em alguns casos, toleram fraudes com seguros. Nos EUA, um número significativo de pessoas não vê problemas na fraude oportunista, como inflacionar sinistros de seguro ‘para compensar os prêmios de seguro que pagaram em anos anteriores’, quando não tiveram nenhum sinistro, ou para ‘compensar a franquia’. Em um relatório de 2008, a Coalizão Contra a Fraude em Seguros descobriu que 20% dos norte-americanos consultados achava aceitável fraudar as companhias de seguros em certas condições.

Consoante relata Bechara (2018, p. 18),

o dedicado estudo da Swiss Re [...] aborda, entre outros aspectos das fraudes, um que é de natureza sociológica: a tolerância da opinião pública a esses ‘delitos de cavalheiros’, de elevadas frequência e severidade. Cidadãos supostamente honestos não se acreditam em pecado ou em deslize quando tiram vantagem do sinistro, majorando o valor do dano passível de indenização. Há, no inconsciente coletivo, certa simpatia por Robin Hood, que roubava dos ricos em favor dos pobres. Essa visão errônea da opinião pública, entretanto, somente pode ser corrigida por um longo e implacável trabalho de esclarecimento institucional, como inclusive fez a Swiss Re, sendo importante, todavia, haver um trabalho educacional que seja também veiculado no dia a dia dos meios de comunicação de massa.

Nesse sentido, Estrada (2003, p.7) afirma que “os grandes desafios para prevenir e reduzir a fraude no seguro partem da necessidade de desvincular a imagem da fraude do crime sem vítimas, do aperfeiçoamento da legislação sobre fraude e da punição dos fraudadores”.

O Quadro 4 apresenta as principais conclusões de pesquisa feita pelo CNseg em 2010 acerca das fraudes em seguros.

Quadro 4 – Principais conclusões de pesquisa sobre fraudes em seguros

Principais conclusões:
<ul style="list-style-type: none"> ▪ A facilidade aliada à impunidade são as grandes motivadoras da fraude contra o seguro; ▪ 4 em cada 10 segurados mostram-se propensos às fraudes e os mais propensos são os homens com idade entre 18 e 24 anos e ensino médio completo. ▪ É de interesse dos segurados que haja punição aos que fraudam o seguro e que sejam criados canais para denúncias das fraudes.

Fonte: CNseg⁷

Corroborado com o descrito no Quadro 4, Bechara (2018, p. 17) enfatiza que “a impunidade torna o fraudador de ocasião em fraudador de carreira”. Além disso, o autor complementa que

assusta a ideia que é comumente passada para a comunidade dos fraudadores de que ‘a fraude contra o seguro é um crime que compensa, fácil de ser praticado e difícil de ser comprovado’; mesmo descoberta, muitas vezes fica no limbo da impunidade e, sem que seus autores sejam punidos, acaba encorajando-os a perseverar, até com mais ousadia e requinte, em novas fraudes (BECHARA, 2018, p. 18).

⁷ CNseg. Pesquisa de mercado.

Por fim, Marques (2006, p. 10) ressalta que “quando comprovam a ação fraudulenta em geral, as seguradoras se limitam a cancelar o seguro, não pagar a indenização e dar o assunto por encerrado”.

2.3 OBRIGATORIEDADE DE IMPLEMENTAÇÃO DE MEIOS DE PREVENÇÃO E COMBATE A FRAUDES EM SEGUROS

Consoante disposto no artigo 6º da Circular SUSEP nº 344, de 21 de junho de 2007, as seguradoras devem implementar uma estrutura de controles internos a fim de prevenir a ocorrência de fraudes. Esse controle interno deve contemplar os requisitos mínimos, a seguir expostos:

- I - estabelecimento de uma política de prevenção, detecção e correção de fraudes, com melhoria contínua, que inclua diretrizes sobre o oferecimento de notícias de práticas de fraudes aos órgãos de repressão, bem como sobre avaliação de riscos na contratação de funcionários e no desenvolvimento de produtos;
- II – elaboração de critérios e implementação de procedimentos de identificação de riscos de fraude referentes a produtos e procedimentos realizados pelas sociedades e de manutenção de registros referentes a esses produtos e procedimentos, a notícias de práticas de fraudes comunicadas aos órgãos de repressão e a condenações judiciais resultantes dessas notícias;
- III - manualização e implementação dos procedimentos de prevenção, monitoração e identificação de fraudes;
- IV - extensão dos procedimentos de prevenção, monitoração e identificação de fraudes a pessoas com as quais mantenham relacionamento comercial, principalmente com relação aos produtos comercializados e suas práticas operacionais;
- V - elaboração e execução de programa de treinamento contra fraudes para os funcionários e pessoas com as quais mantenham relacionamento comercial; e
- VI - elaboração e execução de programa de auditoria interna que verifique o cumprimento dos procedimentos referidos nos incisos II, III, IV e V deste artigo (SUSEP, 2007).

Além disso, a Circular SUSEP nº 445, de 2 de julho de 2012, também estabelece requisitos mínimos de controle interno com vistas a prevenir e combater os crimes de lavagem de dinheiro, a acompanhar as operações realizadas por PPEs e a prevenir e coibir o financiamento ao terrorismo.

Nesse sentido, a Europe Insurance (2013, p. 17) conclui seu estudo, enfatizando que

a indústria de seguros continua a fortalecer seus sistemas e controles, a fim de assegurar que todos os tipos de fraude sejam detectados e impedidos — sejam cometidos na contratação do seguro ou nas reclamações de sinistros — para minimizar o custo de fraude para as seguradoras e, conseqüentemente, o impacto sobre clientes honestos. Os métodos das seguradoras estão em constante evolução para combater as mudanças no comportamento do fraudador.

2.4 ESTUDOS RELACIONADOS

Marques (2006) elaborou um artigo sobre os ramos alvos de fraude no mercado segurador brasileiro, listando os principais tipos de fraudes e sugerindo critérios para redução da sinistralidade nos ramos vida e acidentes pessoais. Ele afirma que a fraude “prejudica o bom segurado e a saúde financeira das seguradoras” (MARQUES, 2006, p. 5) e sugere a criação de um órgão de combate às fraudes em seguro no Brasil.

Nóbrega e Clementino (2006) analisaram a relação entre as seguradoras com o fraudador oportunista e as estratégias usadas no combate a esse tipo de fraude, estudando o

perfil e a motivação para tais atos. Eles destacaram a problemática da tolerância da sociedade à fraude em seguros e sugeriram estratégias, objetivando “a obtenção do aumento da conscientização e, conseqüentemente, da diminuição de sua propensão a fraudar” (NÓBREGA; CLEMENTINO, 2006, p. 85).

Contador (2011) escreveu sobre os aspectos econômicos decorrentes das fraudes em seguros. Nesse estudo, o autor concluiu que “o compartilhamento de informações e a adoção de um cadastro centralizado de fraude aumentam os benefícios sociais do combate a fraude” (CONTADOR, 2011, p. 101).

Pádua (2014) buscou fazer um estudo do panorama das fraudes nos seguros de automóveis, ramo mais atingido por fraudes no Brasil, segundo a autora. Em seu artigo, ela tipificou as fraudes em seguros e listou os métodos combativos utilizados em outros países. Por fim, ela propôs que fossem utilizadas algumas das práticas por ela listadas e que a legislação penal brasileira seja alertada a fim de punir efetivamente os fraudadores.

Montes *et al.* (2016) analisaram aspectos do contrato de seguros e os impactos da fraude na relação securitária, enfatizando que o desrespeito ao princípio da boa-fé pode ensejar o não pagamento da indenização por parte da seguradora.

Neves (2017) propôs-se a fazer um levantamento dos principais tipos de fraudes e da reincidência dessas práticas nos contratos de seguros, de modo a identificar as fraudes mais recorrentes, concluindo que o aumento das ocorrências das fraudes é responsável pelo aumento no custo das apólices, o que dificulta o ingresso de novos usuários no mercado segurador.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A pesquisa realizada neste estudo é classificada quanto aos seguintes aspectos: (a) pela forma de abordagem do problema, (b) de acordo com seus objetivos e (c) com base nos procedimentos técnicos utilizados.

Quanto à abordagem do problema, o estudo classifica-se como qualitativo. A pesquisa qualitativa, segundo Silveira e Córdova (2009, p. 31), “não se preocupa com representatividade numérica, mas, sim, com o aprofundamento da compreensão de um grupo social, de uma organização, etc.”. Além disso, esse tipo de abordagem “justifica-se, sobretudo, por ser uma forma adequada para entender a natureza de um fenômeno social” (RICHARDSON, 2002, p. 79).

Em relação à classificação quanto ao objetivo, o estudo tem natureza exploratória. A pesquisa exploratória visa a “proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a constituir hipóteses” (GIL, 2002, p. 41), o que se aplica à temática deste estudo, uma vez que há poucos artigos científicos tratando de fraudes em seguros e um número menor ainda de artigos abordando, especificamente, a eficácia dos controles adotados no Brasil para a prevenção e combate a essa prática danosa.

Quanto à classificação das pesquisas em relação aos procedimentos técnicos empregados, Gil (2002) menciona que essa tipificação é relevante para estabelecer o marco conceitual, possibilitando uma aproximação entre o estudo e seu referencial teórico. Esta pesquisa caracteriza-se como pesquisa documental, a qual “vale-se de materiais que não recebem ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetos da pesquisa” (GIL, 2002, p. 45).

Nesta pesquisa, foram utilizados o material constante nos *sites* das seguradoras autorizadas a operar no Brasil e os dados referentes a indicadores de fraude constantes no SQF, relativos ao período de 2006 a 2017, como fontes primárias para análise de documentação indireta. A escolha desse período deu-se em função de se buscar avaliar possíveis melhorias nos métodos de prevenção e combate à fraude, advindas da publicação da

Circular SUSEP nº 344, de 21 de junho de 2007, que passou a vigorar no ano seguinte. Além disso, nos relatórios do SQF anteriores a 2006, não havia a quantificação dos sinistros investigados. O levantamento dos dados deu-se de agosto a novembro de 2018.

4 ANÁLISE DOS DADOS

Esta seção foi subdividida para melhor apresentar a análise dos dados coletados, tendo em vista as duas fontes primárias principais utilizadas para realizar a pesquisa.

4.1 LEVANTAMENTO DAS POLÍTICAS DE COMBATE A FRAUDES NO BRASIL

Para verificar a implementação do controle interno com vistas a prevenir e combater as fraudes no mercado segurador brasileiro, foi feita uma busca na *internet*, procurando identificar se as seguradoras dispõem de políticas explícitas para esse fim e, em caso positivo, quais seriam as práticas adotadas. Como políticas explícitas, considerou-se aquelas acessíveis ao público em geral, com acesso irrestrito.

Partindo dessa definição, constatou-se que apenas 32,50% das seguradoras autorizadas a operarem no Brasil possuíam alguma política explícita de prevenção e combate a fraudes. O Quadro 5 lista as empresas pesquisadas que apresentavam essas políticas.

Quadro 5 – Seguradoras com políticas explícitas de prevenção e combate a fraudes

Seguradora	Tipo de política
AIG SEGUROS BRASIL S.A.	Canal de denúncias
ALLIANZ SEGUROS S.A.	Canal de denúncias
ARUANA SEGURADORA S.A.	Canal de denúncias
AUSTRAL SEGURADORA S.A.	Canal de denúncias e cartilha
AXA SEGUROS S.A.	Canal de denúncias
BANESTES SEGUROS S.A.	Canal de denúncias e cartilha
BTG PACTUAL VIDA E PREVIDÊNCIA S.A.	Canal de denúncias e cartilha
CAIXA SEGURADORA S.A. e CAIXA VIDA E PREVIDÊNCIA S.A.	Canal de denúncias e cartilha
CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREVIDÊNCIA S/A	Canal de denúncias
CARDIF DO BRASIL SEGUROS E GARANTIAS S.A.	Canal de denúncias
CARDIF DO BRASIL VIDA E PREVIDÊNCIA S/A	Canal de denúncias
CHUBB SEGUROS BRASIL S.A.	Canal de denúncias
COMPANHIA DE SEGUROS PREVIDÊNCIA DO SUL - PREVISUL	Canal de denúncias e cartilha
FATOR SEGURADORA S.A.	Canal de denúncias
GENERALI BRASIL SEGUROS S.A.	Canal de denúncias
GENTE SEGURADORA S.A.	Canal de denúncias e cartilha
HDI GLOBAL SEGUROS S.A.	Canal de denúncias
HDI SEGUROS S.A.	Canal de denúncias
ICATU SEGUROS S.A.	Canal de denúncias
INDIANA SEGUROS S.A.	Canal de denúncias
LIBERTY SEGUROS S.A.	Canal de denúncias
MAPFRE PREVIDÊNCIA S.A.	Canal de denúncias
MAPFRE SEGUROS GERAIS S.A.	Canal de denúncias
MAPFRE VIDA S.A.	Canal de denúncias
MITSUI SUMITOMO SEGUROS S.A.	Canal de denúncias e cartilha
PAN SEGUROS S.A.	Canal de denúncias e cartilha
PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS	Canal de denúncias
PORTO SEGURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A.	Canal de denúncias
RIO GRANDE SEGUROS E PREVIDÊNCIA S.A.	Canal de denúncias
SAFRA SEGUROS GERAIS S.A.	Canal de denúncias
SAFRA VIDA E PREVIDÊNCIA S.A.	Canal de denúncias
SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.	Canal de denúncias

Seguradora	Tipo de política
SEGUROS SURA S.A.	Canal de denúncias
SICOOB SEGURADORA DE VIDA E PREVIDÊNCIA S.A	Canal de denúncias
SOMPO SEGUROS S.A.	Canal de denúncias
SUL AMÉRICA CIA NACIONAL DE SEGUROS	Canal de denúncias
SUL AMÉRICA SEGUROS DE PESSOAS E PREVIDÊNCIA S.A.	Canal de denúncias
TOKIO MARINE SEGURADORA S.A.	Canal de denúncias
UNIMED SEGURADORA S.A.	Canal de denúncias
UNIMED SEGUROS PATRIMONIAIS S.A.	Canal de denúncias

Fonte: elaborado a partir de pesquisa na *internet* (2018).

Além disso, verificou-se que todas as empresas que dispõem de política explícita adotam o “Canal de denúncias” como fonte principal de informações e somente 8 disponibilizam uma cartilha mais detalhada com informações acerca do assunto.

O canal de denúncias também é utilizado em outros países como fonte de informações. O Insurance Fraud Bureau of Australia, por exemplo, centraliza denúncias de fraude contra o mercado segurador australiano. Da mesma maneira, o Insurance Ireland também está apto a receber denúncias dos irlandeses.

As cartilhas, por sua vez, buscam atender às determinações contidas nos incisos III, IV e V da Circular da SUSEP nº 344, de 21 de junho de 2007, e são bastante ricas em informações sobre fraudes no segmento.

A cartilha “Treinamento Anual: Fraudes Corporativas e Código de Ética”, elaborada pela Austral Seguradora (2015), aborda as motivações para ocorrência das fraudes, os fatores que propiciam esse tipo de conduta, os meios de prevenção e mitigação, além dos equívocos comuns em relação ao assunto. A seguradora também desenvolveu uma cartilha sobre prevenção à lavagem de dinheiro (“Treinamento Anual: Prevenção à Lavagem de Dinheiro e Lei Anticorrupção”), em que ela mostra a evolução legal do combate a esse tipo de crime no Brasil, elencando os procedimentos básicos que uma seguradora está obrigada a cumprir (AUSTRAL SEGURADORA, 2016)

Banestes Seguros (2017?) criou a “Cartilha de prevenção e combate à fraude”, em que conceitua fraude em seguros, apresenta as penalidades aplicáveis e os tipos de fraude, bem como exemplifica condutas fraudulentas típicas de cada ramo comercializado pela empresa. O Banestes finaliza a cartilha mostrando o seu papel e o dos corretores e prestadores de serviços na prevenção e combate às fraudes, além de apresentar o canal “Denuncie Fraudes”.

A BTG Pactual Vida e Previdência desenvolveu o documento intitulado “Treinamento de prevenção a fraudes”, em que identifica as disposições da SUSEP aplicáveis às fraudes em seguros, define fraude no segmento, mostra a relevância do tema e lista condutas mais comuns dos fraudadores. Ela encerra o material apresentando a definição de lavagem de dinheiro e de financiamento ao terrorismo, informando os procedimentos a serem adotados pelos colaboradores quando houver suspeita de crime de lavagem de dinheiro ou conexo.

A “Cartilha de Prevenção à Fraude”, elaborada pela Caixa Seguradora (2015), destaca os ganhos provenientes da prevenção à fraude, conceitua fraude, lista os principais desafios das ações de prevenção, classifica os tipos de fraude e traz a regulamentação básica do assunto. Além disso, ela detalha procedimentos administrativos concernentes à suspeita de fraude e dá exemplos de indicativos de fraude por ramo de seguro.

A Companhia de Seguros de Previdência do Sul – PREVISUL (2015), empresa do grupo Caixa Seguradora, apresenta uma cartilha praticamente idêntica à da seguradora líder.

A Gente Seguradora (2013?) elaborou um o documento chamado “Prevenção e contra fraudes e prevenção à lavagem de dinheiro”, no qual define lavagem de dinheiro, especifica suas etapas, detalhando procedimentos a serem adotados quando houver suspeita dessa prática, e caracteriza fraude. Ademais, ela define PPEs e apresenta a legislação pertinente.

A Mitsui Sumitomo Seguros (2015) também elaborou uma cartilha bem similar à elaborada pelo Banestes Seguros. Na “Cartilha sobre combate e prevenção à fraude”, a seguradora conceitua fraude em seguros, apresenta as penalidades aplicáveis e os tipos de fraude, bem como exemplifica condutas fraudulentas típicas a cada ramo comercializado pela empresa. Ela finaliza a cartilha mostrando o seu papel e o dos corretores e prestadores de serviços na prevenção e combate às fraudes, além de apresentar o canal “Disque Denúncia Mitsui Sumitomo Seguros”. Além disso, a seguradora traz um *link* para o “Disque Fraude CNseg”, mas este não está operativo e não foi possível encontrar no *site* atual da CNseg essa funcionalidade.

Por fim, a Pan Seguros (2016?) possui duas cartilhas: “Treinamento de Prevenção a Fraudes” e “Treinamento de Prevenção a Lavagem de Dinheiro”. A primeira cartilha define fraude em seguros, menciona os seus impactos no mercado segurador, lista as fraudes mais comuns por ramo, os controles utilizados na prevenção da fraude e as penalidades decorrentes da conduta, além de apresentar seu “Canal de Denúncias”. Na segunda cartilha, a seguradora define lavagem de dinheiro, explica suas etapas, lista alguns indícios desses crimes, apresenta os controles utilizados na prevenção da lavagem de dinheiro, as penas previstas e o canal de comunicação usado nesses casos, que é diverso do destinado a receber denúncias de fraudes em seguros.

Assim, podemos constatar que o método explicitamente mais adotado para prevenção e combate às fraudes em seguro no Brasil é o canal de denúncias, o que revela uma certa postura passiva por parte das empresas do segmento. A adoção de cartilhas é um interessante recurso para formalizar e estruturar essas políticas preventivas e combativas, além de passar uma imagem de maior comprometimento com a problemática da fraude para os segurados e para a sociedade.

4.2 INDICADORES DE FRAUDE DO SISTEMA QUANTIFICADOR DE FRAUDES (SQF)

O SQF é mantido pela CNseg e alimentado diretamente pelo mercado segurador, representando uma medida real das fraudes na área de seguros no Brasil. Ele abrange, atualmente, os ramos de automóvel, DPVAT, patrimonial, pessoas coletivo, transporte e demais (habitacional, responsabilidades, riscos especiais, riscos financeiros e rural). Salienta-se que as seguradoras dos ramos de saúde suplementar, capitalização e previdência complementar não participam do SQF.

Nesse sistema, os sinistros são classificados como ocorridos, suspeitos, investigados, com fraude detectada e com fraude comprovada. Conforme detalhamento dos indicadores de fraude, sinistro ocorrido é apurado “a partir das estatísticas da SUSEP, levando-se em consideração somente os ramos, períodos e as Seguradoras que informaram no SQF os valores que compõem o indicador em questão” (CNseg, 2015),

Sinistro Suspeito

Sinistros com características típicas de fraude, sejam elas indicadas por filtros automatizados, pelo analista de sinistros ou por outros tipos de procedimentos internos.

Sinistro Investigado

Sinistros com características típicas de fraude e que foram alvo de alguma ação de investigação, seja pelo analista de sinistros, por serviços de auditoria – internos ou externos à seguradora – ou por outro tipo de investigação

Sinistro com Fraude Detectada

Sinistros com fraude detectada, podendo ter sido ou não comprovada.

Sinistro com Fraude Comprovada

Sinistros com fraude comprovada – o sinistro é negado (CNseg, 2017).

Assim, os sinistros ocorridos podem ou não ser suspeitos (com suspeita de fraude), e o relatório da CNseg dá ênfase ao desdobramento dos sinistros suspeitos, conforme mostram as Figuras 1 e 2.

Figura 1 – Representação gráfica dos conceitos utilizados no relatório do SQF



Fonte: CNseg (2015)

Figura 2 – Processo de regulação de sinistros



Fonte: adaptada de CNseg (2017).

Conforme pode ser visto nas Figuras 1 e 2, uma vez configurada a suspeita de fraude, o sinistro pode ou não ser investigado. Sendo investigado, pode haver detecção de fraude. Nesse caso, busca-se a comprovação da fraude para impedir o pagamento da indenização indevida.

A Tabela 1 apresenta os valores históricos dos indicadores de fraude para o período analisado.

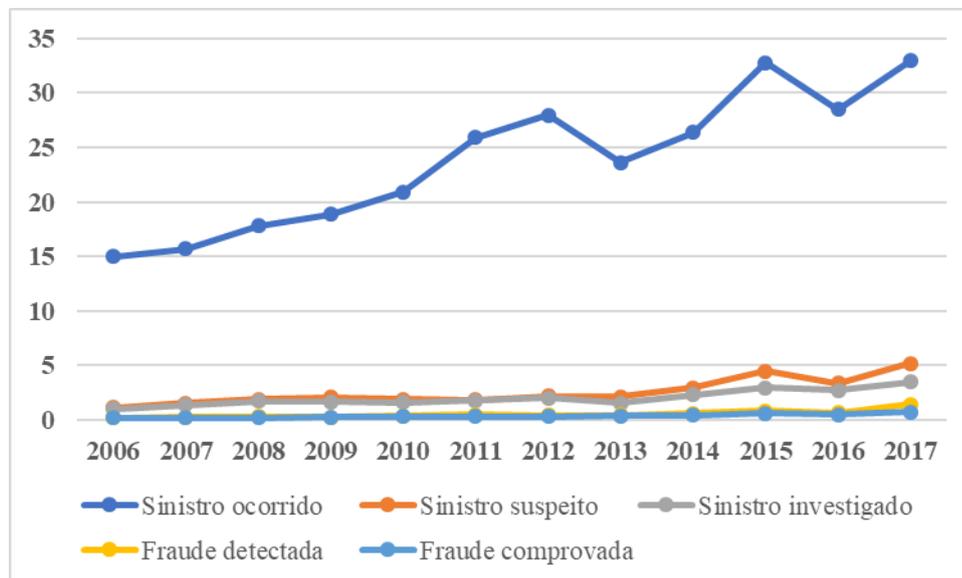
Tabela 1 – Dados do SQF sobre sinistros ocorridos e fraudes associadas, ocorridos no Brasil, de 2006 a 2017, em bilhões de reais

ANO	SINISTROS OCORRIDOS	SINISTROS SUSPEITOS	SINISTROS INVESTIGADOS	FRAUDE DETECTADA	FRAUDE COMPROVADA
2006	15,00	1,13	1,05	0,20	0,18
2007	15,70	1,55	1,36	0,26	0,22
2008	17,80	1,91	1,73	0,34	0,21
2009	18,90	2,10	1,67	0,28	0,23
2010	20,90	1,90	1,59	0,37	0,29
2011	25,90	1,87	1,79	0,48	0,34
2012	28,00	2,17	2,00	0,45	0,34
2013	23,65	2,13	1,54	0,41	0,35
2014	26,41	2,96	2,31	0,59	0,44
2015	32,79	4,50	2,95	0,85	0,60
2016	28,48	3,35	2,70	0,65	0,52
2017	32,96	5,17	3,49	1,46	0,73

Fonte: elaborada a partir de dados constantes nos Relatórios de Quantificação da fraude no mercado de seguros brasileiro (CNseg, 2006-2017).

Com base nas informações constantes na Tabela 1, pode-se verificar que o valor referente à obrigação das seguradoras com indenização tem aumentando, via de regra, apresentando um crescimento de 119,73% no período em estudo. Da mesma maneira, os indicadores de fraude também têm incremento nos seus valores associados. O Gráfico 1 evidencia esse crescimento.

Gráfico 1 - Evolução dos valores de sinistros ocorridos e fraudes associadas, ocorridos no Brasil, de 2006 a 2017, em bilhões de reais



Fonte: elaborado a partir dos dados da Tabela 1.

Conforme Gráfico 1, constata-se aumentos mais significativos, em termos absolutos, nos valores de sinistros suspeitos e de sinistros investigados. Os sinistros com fraudes detectadas crescem mais acentuadamente de 2016 para 2017, e os sinistros com as fraudes comprovadas mantêm um comportamento constante.

Já, em termos percentuais, a Tabela 2 apresenta a evolução dos indicadores de fraude em relação aos sinistros ocorridos no período em análise.

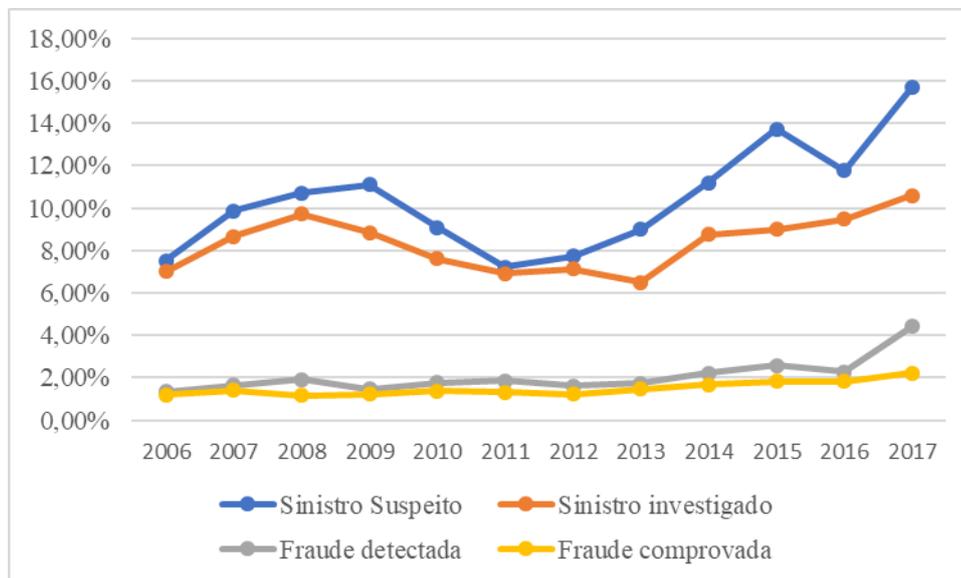
Tabela 2 – Dados do SQF sobre sinistros ocorridos e fraudes associadas, ocorridos no Brasil, de 2006 a 2017, em percentual

ANO	SINISTROS SUSPEITOS	SINISTROS INVESTIGADOS	FRAUDE DETECTADA	FRAUDE COMPROVADA
2006	7,53	7,00	1,33	1,20
2007	9,87	8,66	1,66	1,40
2008	10,73	9,72	1,91	1,18
2009	11,11	8,84	1,48	1,22
2010	9,09	7,61	1,77	1,39
2011	7,22	6,91	1,85	1,31
2012	7,75	7,14	1,61	1,21
2013	9,01	6,51	1,73	1,48
2014	11,21	8,75	2,23	1,67
2015	13,72	9,00	2,59	1,83
2016	11,76	9,48	2,28	1,83
2017	15,69	10,59	4,43	2,21

Fonte: elaborada a partir dos dados da Tabela 1.

Conforme dados constantes na Tabela 2, podemos verificar o aumento em todos os indicadores de fraude. O percentual de suspeita de fraude evoluiu de 7,53%, em 2006, para 15,69%, em 2017. Também houve um incremento nos sinistros investigados, cujo percentual passou de 7,00% para 10,59%. Os casos de fraude detectada tiveram grande variação no período, passando de 1,33% para 4,43%. Por fim, os casos de fraude comprovada variaram de 1,20% para 2,21%. O Gráfico 2 busca evidenciar esse comportamento.

Gráfico 2 - Evolução dos indicadores de fraude no Brasil, de 2006 a 2017, em percentual



Fonte: elaborado a partir dos dados da Tabela 2.

Da leitura do Gráfico 2, pode-se depreender que os meios utilizados pelo mercado segurador brasileiro para prevenir e combater fraudes em seguros não estão sendo eficazes o suficiente, pois a tendência de aumento é generalizada para os indicadores de fraude. Ainda, percebe-se que o índice de sinistros com fraudes comprovadas apresenta um tímido aumento no período em estudo, enquanto os sinistros suspeitos mostram uma grande variação positiva.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo desta pesquisa era avaliar a eficácia dos métodos adotados para prevenir e combater fraudes no mercado segurador brasileiro no período entre 2006 e 2017. Para tanto, foram usadas informações disponibilizadas pelas seguradoras ao público em geral e dados estatísticos, extraídos do Sistema de Quantificação de Fraudes (SQF) e publicados pela Confederação Nacional das Empresas de Seguros Gerais, Previdência Privada e Vida, Saúde Suplementar e Capitalização (CNseg).

Primeiramente, foi realizada uma busca na *internet* para verificar se as seguradoras adotavam alguma política explícita de prevenção e combate a fraudes e, caso elas adotassem alguma, qual seria o meio empregado. A partir dessa busca, constatou-se que 32,50% das seguradoras adotam política explícita de prevenção e combate a fraudes e que o meio mais utilizado era o canal de denúncias. Além disso, poucas empresas do segmento dispunham de material mais estruturado para formalizar essas políticas, atendendo o disposto nos incisos III, IV e V da Circular da Superintendência de Seguros Privados - SUSEP nº 344, de 21 de junho de 2007.

Em um segundo momento, foi realizada coleta e compilação dos dados do SQF, sistema mantido pela CNseg e alimentado diretamente pelas seguradoras, para posterior análise. Nessa análise, constatou-se a tendência ao aumento generalizado nos indicadores de fraude do período em estudo.

Essa situação é preocupante, pois a fraude em seguros traz grandes prejuízos econômicos, que são compartilhados entre todos os segurados com base no princípio do mutualismo. Ademais, como o custo das fraudes acaba por encarecer os prêmios, o ingresso de segurados idôneos no mercado securitário é dificultado. Tal fato causa um efeito em “espiral”, devido ao fenômeno de assimetria da informação conhecido como seleção adversa. Nesse tipo de seleção, há a escolha dos riscos mais altos em detrimento dos mais baixos, pois se manterá no mercado uma quantidade cada vez maior de segurados desonestos, aumentando a propensão a fraudes e as perdas dela decorrentes.

Por outro lado, a existência de fraudes impacta direta e negativamente na *compliance* institucional das empresas seguradoras, uma vez que esses desvios representam inconformidades. Nesse aspecto, cabe salientar a necessidade de cumprimento das Circulares SUSEP nº 344 e 445, além do disposto na Lei nº 9.613, de 3 de março de 1998, por parte do mercado segurador.

A tendência mundial em relação a fraudes em seguros é a utilização de métodos que visam a um maior compartilhamento de informações entre as seguradoras, além da promoção de meios mais facilitados para de denúncia. Outra ação bastante frequente nas políticas antifraude mundiais é a maior integração do segmento com as autoridades policiais.

Em relação a compartilhamento de informações, as seguradoras brasileiras parecem ter uma certa resistência em trocar dados entre si. Contudo, se fosse criado um cadastro único com dados básicos dos seguros contratados, seria possível verificar situações em que o segurado contrata mais de um seguro de vida, por exemplo, em um curto espaço de tempo, o que pode indicar uma intenção de fraude por parte desse segurado.

Quanto à promoção de denúncias, poder-se-ia implantar um canal de denúncias único, por exemplo, uma vez que é bastante provável que o denunciante não saiba qual é a seguradora vítima da fraude. Esse procedimento já é adotado em países como Reino Unido, Austrália, Irlanda entre outros. Nos Estados Unidos, as denúncias são centralizadas no órgão governamental do estado em que a fraude ocorreu.

Além disso, a existência de uma maior integração das seguradoras com as autoridades policiais, com vistas a punir, criminalmente, os fraudadores é fundamental para se afastar a ideia consolidada de impunidade quanto a essas condutas. Uma postura mais ativa nesse

sentido tende inibir iniciativas de fraude, além de agregar valor à imagem das seguradoras, devido ao comprometimento com a *compliance* e com os segurados honestos.

Desse modo, percebe-se que há, ainda, muitas oportunidades de melhoria nas políticas de prevenção e combate a fraudes em seguros adotadas pelo mercado securitário brasileiro. É evidente que a tarefa das seguradoras não é de fácil execução, porém, as seguradoras não podem ficar inertes ante as fraudes crescentes no segmento, pois elas trazem inúmeros prejuízos econômicos, tanto para as próprias entidades, quanto para os segurados idôneos.

Assim, pesquisas visando a avaliar o desempenho das entidades envolvidas para minimizar as perdas relacionadas a fraudes contribuem para a evolução dos sistemas de controle, na medida em que apontam pontos fortes e fracos desses sistemas, além de, invariavelmente, propor melhorias. Mas há muitos aspectos a serem estudados ainda. Esta pesquisa é apenas um pequeno ensaio para outros que visem à qualificação na qualidade da regulação dos sinistros.

REFERÊNCIAS

AUSTRAL SEGURADORA. **Treinamento anual: fraudes corporativas e código de ética.** 2015. Disponível em: <<https://bit.ly/2Q4e0uI>>. Acesso em: 1º nov. 2018.

AUSTRAL SEGURADORA. **Treinamento anual: Prevenção à Lavagem de Dinheiro e Lei Anticorrupção.** 2016. Disponível em: <<https://bit.ly/2Tmsy7K>>. Acesso em: 1º nov. 2018.

BANESTES SEGUROS. **Cartilha de prevenção e combate à fraude.** 2017(?) Disponível em: <<https://bit.ly/2ORinVc>>. Acesso em: 15 out. 2018.

BECHARA, R. A fraude contra o seguro. **Revista de Seguro.** n. 194, p. 16-22, maio. 2018.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940.** Código Penal. Brasília, DF, 1940. Disponível em: <<https://bit.ly/1dqm1Rx>>. Acesso em: 13 ago. 2018.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 9.613, de 3 de março de 1998.** Dispõe sobre os crimes de "lavagem" ou ocultação de bens, direitos e valores; a prevenção da utilização do sistema financeiro para os ilícitos previstos nesta Lei; cria o Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, e dá outras providências. Brasília, DF, 1998. Disponível em: <<https://bit.ly/2zXtAOG>>. Acesso em: 11 nov. 2018.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002.** Institui o Código Civil. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <<https://bit.ly/1drzx5j>>. Acesso em: 13 ago. 2018.

BTG PACTUAL VIDA E PREVIDÊNCIA. **Treinamento de prevenção a fraudes.** 2015. Disponível em: <<https://bit.ly/2Kee3Pg>>. Acesso em: 12 nov. 2018.

CAIXA SEGURADORA. **Cartilha de prevenção à fraude.** 2015. Disponível em: <<https://bit.ly/2DqDHPA>>. Acesso em: 15 out. 2018.

COMPANHIA DE SEGUROS DE PREVIDÊNCIA DO SUL – PREVISUL. **Cartilha de prevenção à fraude.** 2015. Disponível em: <<https://bit.ly/2Du9xL8>>. Acesso em: 1º nov. 2018.

CONTADOR, C. A fraude no seguro: aspectos econômicos. **Revista Brasileira de Risco e Seguro**. Rio de Janeiro, v. 7, n. 13, p. 87-104, abr./set. 2011. Disponível em: <<https://bit.ly/2zUPAtv>>. Acesso em: 15 out. 2018.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DAS EMPRESAS DE SEGUROS GERAIS, PREVIDÊNCIA PRIVADA E VIDA, SAÚDE SUPLEMENTAR E CAPITALIZAÇÃO - CNseg. **Quantificação da fraude no mercado de seguros brasileiro**: relatório completo. 2006 a 2017. Disponível em: <<https://bit.ly/2ubszjf>>. Acesso em: 9 set. 2018.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DAS EMPRESAS DE SEGUROS GERAIS, PREVIDÊNCIA PRIVADA E VIDA, SAÚDE SUPLEMENTAR E CAPITALIZAÇÃO - CNseg. **Quantificação da fraude**: guia de consulta rápida. 13º Ciclo. 2015. Disponível em: <<https://bit.ly/2DJT9Hb>>. Acesso em: 9 set. 2018.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DAS EMPRESAS DE SEGUROS GERAIS, PREVIDÊNCIA PRIVADA E VIDA, SAÚDE SUPLEMENTAR E CAPITALIZAÇÃO - CNseg. **Código de Ética do Mercado de Seguros, Previdência Complementar, Saúde Suplementar e Capitalização**. 2006. Disponível em: <<https://bit.ly/2TgdfNY>>. Acesso em: 15 nov. 2018.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DAS EMPRESAS DE SEGUROS GERAIS, PREVIDÊNCIA PRIVADA E VIDA, SAÚDE SUPLEMENTAR E CAPITALIZAÇÃO - CNseg. **Pesquisa de mercado**. [2011?] Disponível em: <<https://bit.ly/2FuecPQ>>. Acesso em: 16 nov. 2018.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DAS EMPRESAS DE SEGUROS GERAIS, PREVIDÊNCIA PRIVADA E VIDA, SAÚDE SUPLEMENTAR E CAPITALIZAÇÃO - CNseg. **Conceitos**. Disponível em: <<https://bit.ly/2qPv9dn>>. Acesso em: 17 nov. 2018.

FARIA, L. V. Fraude: a antítese do seguro. **Revista de Seguro**. n. 194, p. 12-15, maio. 2018.

GENTE SEGURADORA. **Prevenção e contra fraudes e prevenção à lavagem de dinheiro**. [2013?]. Disponível em: <<https://bit.ly/2DshikN>>. Acesso em: 1º nov. 2018.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

INSURANCE EUROPE. **O impacto da fraude em seguros**. Tradução: CNseg. 2013. Disponível em: <<https://bit.ly/2DNG3Jc>>. Acesso em: 15 out. 2018.

INSURANCE FRAUD BUREAU OF AUSTRALIA. **Report fraud**. Disponível em: <<https://bit.ly/2DImpvH>>. Acesso em: 11 nov. 2018.

MARQUES, L. **A fraude no seguro**: alvos e formas de combate. Rio de Janeiro: Funenseg, Estudos Funenseg, v. 3, n. 10, 2006. Disponível em: <<https://bit.ly/2DGJ7Xk>>. Acesso em: 15 out. 2018.

MITSUI SUMITOMO SEGUROS. **Cartilha sobre combate e prevenção à fraude**. 2015. Disponível em: <<https://bit.ly/2FviF4I>>. Acesso em: 9 out. 2018.

MONTES, B. et al. A Fraude nos Contratos de Seguros e suas Consequências. **Revista de Ciências Jurídicas**. São Paulo, v. 17, n. 1, 2016.

MONTESANI, M.; SANTOS, A. C. Combate à fraude: Empresas de perícia e a própria CNSeg atuam para, pelo menos, minimizar a ocorrência de um crime que prejudica seguradoras e segurados. **Revista CESVI**. n. 73, p. 10-14, maio/jun. 2011.

NEVES, K. K. M. M. **Estudo das principais fraudes e reincidência em contratos de seguradoras**. Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2017. Disponível em: <<https://bit.ly/2TfxeM>>. Acesso em: 15 out. 2018.

NÓBREGA, E.; CLEMENTINO, M. Fraudadores oportunistas: sugestões para o combate. **Revista Brasileira de Risco e Seguro**. Rio de Janeiro, v. 2, n. 3, p. 85-124, abr./set. 2006. Disponível em: <<https://bit.ly/2DGN0vG>>. Acesso em: 15 out. 2018.

PÁDUA, V. A. R. Conjuntura das fraudes em seguros de automóveis no Brasil. *Revista Terceiro Setor & Gestão*, v. 8, n. 1, p. 29-38, 2014. Disponível em: <<https://bit.ly/2OJuh3r>>. Acesso em: 15 out. 2018.

PAN SEGUROS. **Treinamento de Prevenção a Fraudes**. [2016?]. Disponível em: <<https://bit.ly/2BfUaoh>>. Acesso em: 1º nov. 2018.

PAN SEGUROS. **Treinamento de Prevenção a Lavagem de Dinheiro**. [2016?]. Disponível em: <<https://bit.ly/2PBN1XP>>. Acesso em: 1º nov. 2018.

PURIN, A. O “jeitinho brasileiro” e a fraude no seguro. In: PURIN *et al.* **Tendências: o seguro por uma nova geração de pensadores**. Rio de Janeiro: FUNENSEG, 2008, p. 57-69. Disponível em: <<https://bit.ly/2K8CuO2>>. Acesso em: 13 ago. 2018.

PWC. **Tirando a fraude das sombras: pesquisa global sobre fraudes e crimes econômicos 2018**. 2018. Disponível em: <<https://pwc.to/2F8FHOU>>. Acesso em: 11 nov. 2018

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa Social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

SHIH, F. L. **Os princípios do Direito Securitário: uma nova visão sobre o tema à luz do Novo Código Civil**. Rio de Janeiro: FUNESEG, 2002. Disponível em: <<https://bit.ly/2RKeT8V>>. Acesso em: 13 ago. 2018.

SILVEIRA, D. T.; CÓRDOVA, F. P. A pesquisa científica. In: GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. (Org.). **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009, p. 31-42.

SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP. **Circular SUSEP nº 344, de 21 de junho de 2007**. Dispõe sobre os controles internos específicos para a prevenção contra fraudes. Disponível em: <<https://bit.ly/2OKHadF>>. Acesso em: 9 out. 2018.

SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP. **Circular SUSEP nº 445, de 2 de julho de 2012**. Dispõe sobre os controles internos específicos para a prevenção e combate dos crimes de “lavagem” ou ocultação de bens, direitos e valores, ou os crimes que com eles possam relacionar-se, o acompanhamento das operações realizadas e as propostas de

operações com pessoas politicamente expostas, bem como a prevenção e coibição do financiamento ao terrorismo. Disponível em: <<https://bit.ly/2PYHfiH>>. Acesso em: 11 nov. 2018.